Rok XXVII. Kraków, 31 Marca 1888. Nr. 13.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Według uchwały Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego honoraryjum za współpracownictwo począwszy od 2-go kwartału r. b. wynosić będzie zamiast 10 do 16 złr., 10 do 20 złr. za arkusz druku.

I. Przyczynek do resekcyi wola.

Podał
Dr. Rudolf Trzebicky,
docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Rzadko które z zagadnień utrzymywało chirurgów tak długo w niepewności, jak kwestyja, który z sposobów operowania wola jest najlepszym i najwięcéj odpowiada celowi. Całkowite wycięcie wola, wyjąwszy tylko w przypadkach złośliwych, jest metodą dziś już powszechnie prawie porzuconą. Niebezpieczestwo obustronnego porażenia więzadeł głosowych, charłactwa lub wreszcie tetano-epilepsyi jest tak wielkiém, że powinno każdego chirurga od tego zabiegu odstraszyć. Tego stanu rzeczy nie zmieni się bynajmniéj, czy się przy tém podwięzuje naczynia sposobem Kochera o ile można jak najwięcéj dośrodkowo, czy sposobem Baumgartena i Credégo jak najbardziéj obwodowo, czy téż wreszcie według Wolffa prawie zupełnie odrzuca się podwiązki. Również nie można pod żadnym warunkiem uważać połowiczego wycięcia wola za metodę nadającą się do wszystkich przypadków, gdyż zbyt często przekonać się można, że operacyja ta nie usuwa duszności, która przecież najczęściéj stanowi wskazanie do operacyi. Inaczéj przedstawiałaby się rzecz, gdyby zdanie wygłoszone przez Wolffa[1]), że po połowiczém wycięciu wola pozostała połowa tegoż ulega zanikowi, dało się uogólnić. Niestety jednak rzecz tak się nie ma, gdyż inni operatorowie, jak i my, mieli sposobność w poszczególnych przypadkach zauważyć, że pozostała połowa wola nietylko nie ulega zanikowi, lecz owszem może być punktem wyjścia recydywy. Że w niektórych przypadkach, co i inni zaznaczają, częściowe przesunięcie się pozostałéj połowy wola ku stronie zdrowéj mogło dać powód do złudzenia, jakoby ta połowa się zmniejszyła, za tém przemawia także obserwacyja jednego przypadku przezemnie operowanego. U 30-letniéj wieśniaczki z wolem przechodzącym wielkością głowę dorosłego mężczyzny, nadzwyczaj unaczynionym a wychodzącym z obu połów gruczołu tarczykowego (przyp. Nr. 19) wykonałem ze względu na spodziewany silny krwotok i bardzo znaczną duszność, tylko jednostronną resekcyję wola według Mikulicza, pozostawiając sobie resekcyję drugiéj połowy na czas późniejszy. Niestety już w 3cim dniu po operacyi zmusiły mnie objawy ropienia wywołanego zakażeniem rany podczas operacyi do zmiany opatrunku. Jakież moje było zadziwienie, gdy znalazłem pozostawiony płat prawie o połowę zmniejszony. Dokładne obmacanie wykazało mi jednak wkrótce, że wól, który przedtém zwisał na bark i obojczyk, podniósł się nieco ku górze i przesunął na stronę przeciwną; zmniejszenia rzeczywistego nie mogliśmy stwierdzić mimo bardzo pilnéj 10 tygodniowéj obserwacyi.

Z nowszych sposobów operowania wola najracyjonalniejszém zdawałoby się wyłuszczenie według Socina, gdyż tą drogą usuwamy tylko tkankę patologiczną a pozostawiamy tkankę gruczołową prawidłową, sposób ten jednak nie może sobie rościć prawa do uznania go za metodę zasadniczą operacyi wola, choćby już tylko z tego względu, jak tego dowodzi Wölfler[1]) i inni, że operacyja ta nie zawsze daje się wykonać. W ostatnich czasach badałem dokładnie wszystkie wole, zarówno w świeżym stanie, bezpośrednio po operacyi, jak i starsze preparaty, przechowane w wyskoku i przekonałem się, że w znacznéj liczbie przypadków jest rzeczą niepodobną wyszukać granicę między miąższem prawidłowym a guzem nowowytworzonym. Być może, że przy-

[1]) *Weitere Beiträge zur Lehre vom Kropf. Berl. klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 27 i 28.

[1]) *Centralblatt f. Chirurgie*, 1887, Nr. 41, str. 768. —

czyny tego, jak sądzi Hahn [1]), w tém upatrywać należy, że forma guzowata wola daleko częściéj zdarza się w Szwajcaryi niż u nas. Wölfler i Hahn zarzucają nadto metodzie Socina, że przy tym sposobie postępowania bywa niekiedy a mianowicie w przypadkach, gdzie guz głęboko leży, tak znaczny krwotok, że ilość potrzebnych podwiązek dochodzi do 40. Jeśli resekcyi wola według Mikulicza czynią między innemi ten zarzut, że kilka (3—4) podwiązek założonych w samym miąższu gruczołu drażniąc włókna n. współczulnego wywołać może tetaniję, o ileż więcéj powinienby się stósować ten zarzut do metody Socina, gdzie tyle podwiązek zakładać musimy.

Przez to jednakże nie chcemy bynajmniéj twierdzić, jakoby wyłuszczenie guzów w odpowiednich przypadkach nie dało się z korzyścią wykonać, a zwłaszcza przy wolach torbielowych. W jednym przezemnie operowanym przypadku byłem wprost zdumiony, jak łatwo operacyja dała się wykonać. Przypadek ten dotyczył 20 letniéj dziewczyny ze wschodniéj Galicyi, która szukała u mnie porady lekarskiéj z powodu wola torbielowego, wielkości jaja gęsiego, wychodzącego z płatu środkowego. Wól ten w ostatnich czasach bardzo szybko się powiększył i sprawiał choréj znaczne dolegliwości. Dnia 10 lipca z. r. wykonałem punkcyję za pomocą cienkiego trójgrańca; po wypłynięciu jednak około pół szklanki cieczy gęstéj, czekoladowo zabarwionéj, poczęła wypływać żywo czerwona krew tętnicza, co skłoniło mnie do zaniechania zamierzonego wstrzyknięcia nalewki jodowéj i do zaproponowania choréj wyłuszczenia torbiela. Otrzymawszy zezwolenie choréj wykonałem operacyję w 2 dni późniéj. Cięcie skórne w linii środkowéj. Po przecięciu powierzchownéj powięzi dostałem się do gruczołu tarczykowego, którego przednią ścianę naciąłem na grubość mniéj lub więcéj 2—3 mm. prawie bez utraty krwi, poczém odsłoniła się sinawa torebka torbiela. Torbiel ten dał się w całości, podobnie jak kaszaki na głowie, z łatwością za pomocą palca wyłuszczyć z reszty miąższu gruczołowego. Po zaprowadzeniu cienkiego sączka zeszyto ranę w ścianie gruczołu i skórze kilku szwami. Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost. Chora, dziś już zamężna, czuje się obecnie zupełnie zdrową.

Skoro więc, jak to już wspomnieliśmy, wyłuszczenie wola metodą Socina nie we wszystkich przypadkach wykonać się daje, przeto powinno być naszém dążeniem podać metodę, o ile możności najprostszą, którąby w każdym przypadku zastósować się dała. Pod tym względem walczą o pierwszeństwo głównie 2 metody a mianowicie częściowa resekcyja i podwiązanie tętnic według Wölflera. Ponieważ jednak zagadnienie to natury czysto praktycznéj nie daje się w żaden sposób wyczerpująco rozstrzygnąć na drodze wywodów teoretycznych, a ostateczne rozstrzygnięcie należy pozostawić jedynie tylko doświadczeniom czerpanym przy łóżku chorego, przeto pozwalam sobie przez ogłoszenie 23 przypadków resekcyi wola, operowanych częścią przez prof. Mikulicza, częścią przezemnie, dołożyć jednę cegiełkę do rozwiązania téj kwestyi. Pierwsze 8 przypadków zostały już ogłoszone przez prof. Mikulicza w jego rozprawie: „Przyczynek do operacyi wola“. (*Gazeta Lekarska*, 1886, Nr. 1 i 2). Dla uzupełnienia podaję przypadki te raz jeszcze.

1. K. M. lat 16, z Niegoszowic w Galicyi. Osoba licho zbudowana. Od 3 lat ma wól, obecnie wielkości pięści, który zajmuje oba płaty a po części zachodzi pod mostek. Tchawica w wysokim stopniu spłaszczona i ku przodowi wysunięta daje się pod skórą wymacać jako wąska listewka. Od 2 lat duszność a w ostatnich czasach chrypka. 19 maja 1884 r. wykonano operacyję. Cięcie ukośne po stronie lewéj, następnie dodatkowo cięcie poprzeczne. Lewy płat wraz z *isthmus* wycięto, prawy płat resekowano. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. 29 maja chory wyleczony opuścił klinikę. Oddechanie swobodne, więzadła głosowe nienaruszone, głos jeszcze słaby, lecz czysty. W styczniu 1888 r. chory czuje się zupełnie zdrowym, głos czysty.

2. F. J., lat 17, córka wieśniaka z Bierzanowa w Galicyi. Wól od lat 4ch. Każdy płat przedstawia guz wielkości jaja gęsiego. 12 grudnia 1884 cięcie ukośne po stronie prawéj. Prawy płat wycięto w całości, lewy częściowo pod mostek zachodzący resekowano. Przebieg prawidłowy. Między 3 a 6 dniem po operacyi zapalenie płuc. 24 grudnia wyleczona opuściła klinikę z głosem czystym. W grudniu 1887 r. czuje się zupełnie zdrową.

3. O. R., lat 17, z Czyżyc w Galicyi. Fizycznie źle rozwinięta, wejrzenia matołka. Rozwój umysłowy upośledzony w miernym tylko stopniu. Wól od lat 3ch. Po stronie prawéj guz wielkości pięści wychodzący z prawego płatu gruczołu tarczykowego, drugi taki guz zachodzący pod mostek z lewego płatu. Silna duszność, głos chrypliwy, więzadła nienaruszone. 2 marca 1885 wykonano operacyję. Cięcie ukośne po stronie prawéj. Prawy płat wycięto, lewy mieszczący w sobie torbiele resekowano. Krtań w wysokim stopniu spłaszczona. Przebieg prawidłowy. 12 marca chora wyleczona opuściła klinikę z głosem zupełnie czystym. W styczniu 1888 chora czuje się zupełnie zdrową.

4. M. Z., lat 14, córka tokarza z Sidziny w Galicyi; fizycznie źle rozwinięta. Po prawéj stronie guz wielkości jaja gęsiego, po lewéj wielkości jaja kurzego, w *isthmus* guzek wielkości orzecha włoskiego. Wól istnieje od lat 4. Duszność pojawia się tylko wśród pracy. Głos nieco chrypliwy, lewe więzadło głosowe nieco mniéj ruchome. 13 marca 1885 przystąpiono do operacyi. Cięcie ukośne po stronie lewéj, dodatkowo przecięto częściowo lewy mięsień mostko-sutko-obojczykowy w kierunku poprzecznym. Lewy płat wraz z *isthmus* przycięto, prawy resekowano. Tchawica spłaszczona. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Między 1 a 4 dniem po operacyi wystąpiło zapalenie w dolnym płacie płuca lewego. Dnia 24 marca chora wyleczona opuściła klinikę z głosem czystym. W styczniu 1888 r. chora zupełnie zdrowa, głos całkiem czysty.

5. J. W., lat 20, wieśniak ze Skawicy w Galicyi. Rozwój tak umysłowy, jak i fizyczny chorego znacznie upośledzony, ostatni nawet do tego stopnia, że chory czyni wrażenie dziecka. Odżywienie liche, skóra wiotka i blada, słuch przytępiony. Wól przeważnie z lewego płatu wychodzący, obecnie wielkości głowy dziecka, rozwija się od lat 5. Duszność i chrypka. 22 marca 1885 wykonano operacyję. Cięcie ukośne po stronie lewéj; lewy płat wraz z *isthmus* wycięty, prawy resekowany. Tchawica mocno spłaszczona. Ropienie w dolnym kącie rany, zresztą przebieg prawidłowy. 9 kwietnia chory opuścił klinikę wyleczony. Głos przy wyjściu chorego nieco jeszcze chrypliwy, więzadła głosowe prawidłowe. W styczniu 1888 r. chory czuje się zupełnie zdrowym, głos czysty.

6. A. D., lat 35, wieśniaczka z Budzowa w Galicyi. Wól istnieje od lat 8, zajmuje cały gruczoł tarczykowy a obecnie dochodzi do wielkości 2 pięści. Duszność. Więzadła głosowe prawidłowe. Chora okazuje wybitne objawy choroby Basedowa [wytrzeszczenie gałek ocznych, znaczny przerost i bicie serca, tętno przyspieszone (przeszło 100 uderzeń na minutę) i nieregularne, tętnice napięte, nad lewą komórką szmery dodatkowe]. 26 czerwca 1885 cięcie kątowate według Kochera, poczém wykonano obustronną resekcyję. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. 7 lipca chora opuściła zakład wyleczona. Stan choréj w dniu wyjścia z kliniki: Głos czysty, więzadła głosowe nienaruszone. Wytrzeszczenie gałek ocznych nieznaczne, stłumienie serca uderzająco mniejsze, szmery nad

[1]) *Ein Verfahren beliebig grosse Stücke aus Kröpfen ohne Tamponade u Blutverlust zu entfernen. Arch. f. klin. Chir.*, T. 36, XXVI.

lewą komórką znikły. W styczniu 1888 r. chora czuje się zupełnie zdrową; ani śladu wola lub choroby Basedowa.

7. H. P., lat 40, wieśniaczka z Rabki w Galicyi. Wól rozwija się od lat 5. Od roku trwa duszność a od kilku miesięcy występują nadto od czasu do czasu ciężkie napady bezdechu grożące zaduszeniem. Chora licho odżywiona i wątła znajduje się w 8 miesiącu ciąży. Obrzmienie odnóg dolnych, ślad białka w moczu. Wól (miąższowy) większy od pięści, wychodzący z lewego płatu, po większéj części zachodzi pod mostek. Przy oddechaniu głośny *stridor*, chrypka i niedowład lewego więzadła głosowego. 15 października 1885 r. resekcyja lewego płatu. Przy wydobywaniu wola z śródpiersia wystąpił tak silny napad bezdechu, że musiano natychmiast wykonać tracheotomiję (z kaniulą K ö n i g a). Jamę wielkości dużego jaja gęsiego jak i całą ranę wytamponowano gazą jodoformową. Przebieg dalszy zupełnie bezgnilny. Kaniulę wyjęto d. 27 października. Rana zagoiła się *per secundam* tak, że po 4 tygodniach pozostała tylko jeszcze krótka przetoka. 5 listopada 1885 r. przy wyjściu choréj z kliniki: głos zupełnie czysty, oddechanie swobodne, obraz laryngoskopowy jak przed operacyją. W styczniu 1888 r. chora czuje się całkiem zdrową, głos czysty, ani śladu chrypki.

8. I. G., lat 19, górnik z Jaworzna w Galicyi. Wól istnieje od lat 3; od roku duszność przy pracy. Odżywienie chorego mierne. Wól (miąższowy) wielkości pieści, wychodzący z lewego płatu. Przy głębokim wdechu szmer. Głos nieco chrypliwy, lekki niedowład lewego więzadla głosowego. 23 października 1885 resekcyja lewego płatu. Cięcie ukośne. Tchawica silnie spłaszczona. Przebieg po operacyi bez odczynu. 5 listopada chory opuścił klinikę. Stan chorego przy wyjściu: Oddychanie swobodne, głos i obraz wziernikowy jak przed operacyją. W styczniu 1888 r. chory zupełnie zdrów, głos czysty nieco tylko słaby.

9. D. G., lat 23, z Monasterzysk we wschodniéj Galicyi. Wól od 2 lat, od roku znaczna duszność a od kilku tygodni utrudnione połykanie. Wól obustronny (włóknisty), większy od pięści, po części pod mostek zachodzący. Niedowład lewego więzadła głosowego. 18go lutego 1886 r. wykonano operacyję. Cięcie skórne w linii środkowéj, resekcyja obu bocznych płatów, wycięcie całkowite znacznie powiększonego *isthmus*. Tchawica znacznie spłaszczona i około swéj osi podłużnéj okręcona o 90°. Przebieg prawidłowy. Chora opuściła klinikę d. 4 marca. Utrudnienie połykania ustąpiło zupełnie, głos stał się czystszym. Stan więzadeł nie zmienił się zupełnie. W styczniu 1888 r. głos zupełnie czysty, porażenie więzadeł ustąpiło.

10. I. S., lat 21, wieśniak z Pogorzyc pod Chrzanowem w Galicyi, umysłowo i fizycznie źle rozwinięty. Od lat 7 ma wól, a od 4ch lat duszność. Po obu stronach szyi wól wielkości jaja kurzego złożony z licznych drobnych guzków (*adenoma foetale*). Głos zupełnie czysty. Duszność bardzo znaczna. Dnia 23 marca 1886 r. obustronna resekcyja. Chrząstki tchawicowe rozmiękczone. Przebieg prawidłowy, w pierwszych dniach tylko wystąpiło lekkie utrudnienie połykania. Chory opuścił klinikę po 14 dniach wyleczony. Dalsze jego losy niewiadome.

11. P. S., lat 24, wyrobnik z Gór Luszowskich pod Chrzanowem w Galicyi. Od 2 lat znaczna duszność. Od jak dawna istnieje wól, chory podać nie umie. Całkiem prawie pod mostkiem położony wól (włóknisty) przedstawia się jako guz nieznaczny, znikający przy każdym głębszym wdechu zaledwie ponad lewym stawem mostko-obojczykowym wyczuwalny. W krtani nie ma żadnych zmian. Chory podaje, że od czasu do czasu ma chrypkę. 20 kwietnia 1888 r. przystąpiono do operacyi. Cięcie ukośne. Resekcyja lewego płatu położonego pod mostkiem, który wielkością przechodził pięść. Tchawica spłaszczona jak pochwa od szabli, światło jéj miejscami zaledwie dochodzi 2mm. 3 maja chory opuścił klinikę z raną zupełnie zagojoną. W grudniu 1887 r. chory czuje się zupełnie zdrowym, przy pracy nie doznaje żadnych dolegliwości, głos ma czysty. (Dok. nast.)

II. O zwyrodnieniu pierwszorzędném rdzenia pacierzowego t. z. *Sclerosis disseminata* i jego objawach klinicznych.

(Wyjątek z dzieła pod prasą się znajdującego).

Podał

Prof. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Zwyrodnienia pierwszego stopnia. Przekroje rdzenia w wysokości V szyjnego korzenia i poniżéj pouczają o tym stopniu schorzenia. Żaden przekrój nie jest tu równy drugiemu. Tem różni się stwardnienie rozsiane od chorób systemowych, że jeden przekrój nie jest do drugiego podobny. W przypadkach, gdzie się stwardnienie w chromoleptycznych częściach zaczyna i odśrodkowo na cały przekrój rdzenia rozszerza, nie trzyma się tu żadnego prawidła, dla tego widzimy, że części chromoleptyczne raz są utrzymane, drugi raz zanikłe. Widać daléj, że ogniska są raz ściśle do pewnych części przywiązane (i tak na bokach w wysokości V piersiowego i na sznurach tylnych III lędźwiowego korzenia; tylko w sznurach tylnych i na jednę stronę boczną w wysokości I piersiowego), drugi raz w sposób najnieregularniejszy na wszystkie strony się rozszerzają.

Opis szczegółowy sznurów tylnych. Na wyszczególnienie zasługuje spostrzeżenie, że część chromoleptyczna tylna w całéj rozciągłości omija części obwodowe sznurów tylnych, które według anatomicznych stosunków, przedstawiają się w postaci sierpów lub w postaci trójkątów jużto symetrycznie lub niesymetrycznie docierają raz do spojenia, drugi raz do brzegu rdzenia, lub do obu tych granic. Te trójkąty i sierpy, które według tego, gdzie są ułożone, czy przy spojeniu czy téż przy brzegu rdzenia, nazywam sierpami przedniemi lub tylnemi, są téż charakterystyczne, jako pozostałości tkanki wolnéj w przekroju miąższowego zwyrodnienia sznurów tylnych (*Tabes*). Ta zgodność zachowania się sznurów tylnych we wiądzie i stwardnieniu rozsianém jest o tyle ciekawą, o ile zdołałem wykazać, że i dla miąższowéj postaci wiądu początek dają tylne części chromoleptyczne. W téj charakterystycznéj identyczności zachowania się sznurów tylnych w obu tych chorobach mamy dowód, że obie zaczynają się w częściach chromoleptycznych Dwie są postacie, pod któremi, jak to już w moich pierwszych pracach wykazałem, pojawia się istota chromoleptyczna w sznurach tylnych. Albo ma ona postać otworu w skrzypcach (*f*), lub też jestto kształt, który łatwo sobie uwidocznić, wypełniając przestrzeń pomiędzy dwoma *ff*; powstanie bowiem przez to kształt odwróconego kielicha tulipana. Brzegiem tego tulipana jest linija raz równa, innym razem pokrzywiona i według tego ma on kształt albo połowy, albo całego owala. Z tych pierwotnych ognisk, nie mniéj jak z ognisk pierwotnych sznurów bocznych (partyje chromoleptyczne boczne) szerzy się sprawa odśrodkowo. W sznurach tylnych waha się zatém i zwyrodnienie między dwiema postaciami: albo między taką, która jest podobna do kielicha tulipana, po największéj części owalna, jak to w dopiero co opisanym typowym przypadku miało miejsce — albo téż między postacią, która zajmuje przestrzeń pomiędzy dwoma *ff*, jak to się dzieje w przekroju wiądu rdzenia. Dla lepszego uwydatnienia tych dwóch postaci, pod jakiemi pojawiają się ogniska, przytoczę dwa specyjalne przypadki.

W tutejszym szpitalu umarł z tyfusu po krótkim pobycie w szpitalu Fradera 24 lat liczący. Za życia zauważył

lekarz ordynujący Dr. Paszkowski objawy chodu spastycznego, odruchy kolanowe wzmożone, zwłaszcza po stronie prawéj, drżenie całego ciała przy chodzeniu, zarówno jak i rąk przy ruchach zamierzonych, zawroty głowy i omdlenia. Wynik sekcyi (Prof. Dr. Browicz). Obok zmian tyfusowych w całym ustroju i odleżyny, ogniska stwardniałe w mózgu i rdzeniu przeważnie wielkości grochu umiejscowione w mózgu w istocie białéj, a w rdzeniu przeważnie w sznurach bocznych. Rdzeń w ogóle mało się różnił od owego typowego przypadku wyżéj opisanego. W dolnéj części szyjnéj utracił zupełnie istotę rdzenną z wyjątkiem dwóch miejsc niewielkich, do trójkątów podobnych. W części szyjnéj okazały się następujące zmiany. W sznurach bocznych znajdowały się dwa wielkie ogniska zwyrodniałe, tak postacią jak również i umiejscowieniem sobie odpowiadające, z których lewe w niższym stopniu chore całą przestrzeń sznurów bocznych, z wyjątkiem rąbka przybrzeżnego, zajęło (odśrodkowe rozszerzanie się), podczas gdy prawe więcéj zwyrodniałe aż ponad wyrostek boczny rogu przedniego istoty szaréj rozciągało się i na znak swojego odśrodkowego szerzenia się pozostawiło na przybrzeżnym, zwłaszcza tylnym, rąbku sznurów bocznych prawidłową tkankę. W sznurach tylnych widoczne były skutki zwyrodnienia miąższowego: przednie i tylne sierpy widocznie pozostałości w środku ułożonego, owalnego i odśrodkowo się szerzącego ogniska.

Drugi przypadek dotyczy chorego, który za życia okazywał objawy stwardnienia rozsianego i wiądu rdzenia, którego rdzeń przesłał mi prof. Westphal z Berlina. Mężczyzna lat 47 liczący. Chód niepewny, prawa noga okazuje sztywność. Brak objawów niezborności ruchów, ale wybitny objaw Romberga i drżenie odnóg przy podnoszeniu ich do położenia pionowego. Bóle błyskawicze, rozpromieniające się i uczucie miękkości pod palcami u nóg, cierpnięcie palców odnóg górnych. Odruchy kolankowe wzmożone, napady zawrotów głowy. Zmiany w czuciu we wszystkich odnogach, osłabienie pęcherza moczowego.

W części szyjnéj, mniéj w piersiowéj rdzenia, widać doskonale pola zwyrodniałe, odpowiadajace zwyrodnieniu miąższowego przebiegu wiądu rdzenia, w sznurach Burdacha w postaci do *ff* podobnéj. Szczegółowe zachowanie się sznurów przednich i bocznych. 1. Ogniska środkowe. Ogniska, któreśmy znaleźli w sznurach bocznych i przednich, umieszczone były w środku części chromoleptycznych, t. z. bliżéj istoty szaréj w postaci kół lub ich odcinków. 2. Zwyrodnienie przybrzeżne. Rdzeń ostatniego chorego nie okazuje tych zmian w sznurach bocznych i przednich. W miejscu ich przedstawia nam się w tych sznurach zupełnie inny rodzaj zwyrodnienia, a mianowicie zwyrodnienie brzegu sznurów przednich, bocznych i tylnych, które jak wstęga otacza cały przekrój rdzenia. To przybrzeżne zwyrodnienie pozostaje do typowego przypadku zwyrodnienia w znacznem przeciwieństwie. Podczas gdy tu części środkowe sznurów przednich i bocznych są zajęte, brzeg zaś jest zupełnie wolny, to w ostatnim przypadku rzecz się ma odwrotnie. Ta rzecz ma doniosłe znaczenie. Możemy bowiem wytłumaczyć sobie znaczenie tyle razy już wzmiankowanéj, ale nigdy dosyć niewyjaśnionéj sprawy zwyrodnienia przybrzeżnego. Już przypadki Friedreicha dziedzicznéj nieniezborności okazywały, jak to Schultze opisuje, zwyrodnienie sznurów tylnych, jak również i części przybrzeżnéj rdzenia szyjnego. W innych przypadkach widziano téż zwyrodnienie przybrzeżne, wprawdzie nie tak wybitne, ale zawsze pewną część sznurów przednich i bocznych zajmujące. I tak opisują Pick i Kahler [1]) jeden przypadek, który klinicznie jako *Ataxia hereditaria* Friedreicha oznaczyli, a w rdzeniu obok silnego zwyrodnienia sznurów Golla i Burdacha i prawych sznurów Türcka, jeszcze zwyrodnienie części sznurów Golla, najwięcéj ku tyłowi wysunięte i drogi móżdżkoboczne wraz ze słupami Clarka znaleźli.

Déjerine opisał w swoich przypadkach obok zmian wiądowi rdzenia właściwych jeszcze i zmiany przybrzeżne. Przypadek opisany przez Strümpella, w którym sznury Golla były zwyrodniałe zarówno jak i drogi piramidalne boczne i drogi móżdżkoboczne, w rzeczywistości jednak tylko sam brzeg był zwyrodniały, należy niezawodnie tutaj, a nie tworzy, jak tego chce autor, jakiéjś szczególnéj postaci ze skurczami połączonego zwyrodnienia. Bardzo pouczające są opisy Westphala. Jemu zawdzięczamy rozbiór wielu przypadków, w których z jednéj strony zwyrodnienie szare tylnych sznurów, z drugiéj strony taż sama sprawa w sznurach przednich i bocznych, ale w częściach przybrzeżnych się odbywała, a któreto przypadki nazwał zwyrodnieniami „skombinowanemi“ rdzenia pacierzowego. Zapatrywania autorów na sprawę zwyrodnienia przybrzeżnego, jak do dziś dnia, znacznie się różnią. Friedreich sądził, że zwyrodnienie w sznurach tylnych posuwa się na istotę białą sznurów bocznych i przednich. Schultze a zwłaszcza Déjerine sądzą, że tu opona miękka wielką odgrywa rolę, ma ona mianowicie ulegać pierwotnie stanowi zapalnemu, któryto stan następowo przenosi się na sznury przednie i boczne w częściach przybrzeżnych. Pick i Kahler nie uznają ani pierwszego ani drugiego przypuszczenia. Sądzą oni, że tu pierwotnie pojedyńcze systemy osobno chorują i nazywają przypadki, tak przez siebie spostrzegane jak i Friedreicha: dziedzicznemi „skombinowanemi“ schorzeniami systemów. Przeciw tym zapatrywaniom stanowczo wystąpił Westphal. Zarzuca on Schultzemu i Déjerinowi, że w wielu przypadkach błony rdzeniowe zupełnie były zdrowe, cienkie i delikatne, a zwyrodnienie sznurów bocznych w wielu miejscach nie dotarło do samego brzegu. Przeciwko zapatrywaniu, jakoby sprawa chorobowa posuwała się od sznurów tylnych na boczne i przednie, jak to twierdzi Friedreich, przemawia to, że pomiędzy zwyrodniałemi sznurami tylnemi a częściami choremi przybrzeżnemi w sznurach bocznych pojawiają się najczęściéj wzdłuż rogów tylnych, rąbki zupełnie zdrowéj tkaniny. O chorobach systemów w myśl Picka i Kahlera nie można już z tego względu myśleć, ponieważ największa część zwyrodnień przybrzeżnych ani postacią ani rozległością systemów, a zwłaszcza dróg piramidalnych bocznych ani móżdżkobocznych, nie przypomina. Dla tego, jak sądzi Westphal, należy do wytłumaczenia zwyrodnienia skombinowanego przypuścić pewne szczególne zachowanie się tk. łącznéj, naczyń krwionośnych i limfatycznych, lub téż pewien rodzaj włókien, które jakkolwiek do różnych systemów należą, przecież mają pewien związek z aparatami w szaréj istocie umieszczonemi. Zarzuty Westphala są trafne. Z tych trzech możliwości, które Westphal dla wytłumaczenia zwyrodnienia przybrzeżnego podał, przy bliższém zbadaniu, dwa pierwsze w rachubę wejść nie mogą.

Jak moje badania [2]) nad unaczynieniem ludzkiego rdzenia wykazują, składa się ono z dwóch wielkich oddzielnych układów naczyniowych. Jeden z tych układów, mianowicie odśrodkowy (*Art. sulci*), zaopatruje wewnętrzną część istoty

[1]) *Arch. f. Psych. Nervkr.* Bd. VIII, S. 251, 1878. —
[2]) *Die Blutgefässe des menschlich. Rückenmarkes. Sitzber. der Wien. Akad. d. Wissen.* Bd. 86, 1881.

szaréj, drugi dośrodkowy, t. z. system *Vasocoronae*, istotę białą i zewnętrzną część istoty szarej. Naczyńka tego drugiego systemu przebiegają w promieniach i docierają, albo tylko do brzegu (naczynia przybrzeżne) rdzenia, lub też kończą się na brzegu szaréj istoty (naczyńka szaréj istoty) lub wreszcie w różnéj odległości od obu tych miejsc (naczyńka białéj istoty). W sznurach przednich i bocznych jest przebieg tych naczyniek bardzo zmienny; tylko sznury tylne posiadają naczynia o przekroju stałym: *Aae. interfuniculares, fissurae, cornuum posteriorum* i *Aae. radicum*. Przestrzeń, którą one zaopatrują, jest, jak można z ich przekroju wnioskować, klinem, który swą podstawą zwrócony jest do powierzchni rdzenia. Pasma zwyrodniałe w przekroju *Tabes interstitialis* [1]) odpowiadają w zupełności owym klinom i stoją do naczyń w sznurach tylnych w ścisłym stosunku.

Zwyrodnienia przybrzeżnego nie można nigdy wprowadzać w związek z naczyniami rdzenia. Tkanka łączna stanowi we wszystkich narządach miąższowych podścielisko dla naczyń; a więc i zwyrodnienie przybrzeżne nie ma nic wspólnego z rozpołożeniem tkanki łącznéj w rdzeniu. Pozostaje więc tylko trzecia możebność, którą podał Westphal dla wytłumaczenia zwyrodnienia przybrzeżnego, mianowicie, że brzeg rdzenia zawiera nerwy, które, jakkolwiek należą do różnych systemów, pozostają jednak w innym związku ze sobą. Tak jest rzeczywiście. W genijalny sposób wykazał Westphal prawdę, nie dając się uwieść modną nauką „o systemach", ale zwracając uwagę tylko na rzeczywiste stosunki, a mianowicie, że obok systemów istnieją jeszcze inaczéj ukształtowane grupy włókien nerwowych w rdzeniu. Istnienie tych grup nerwowych udowodnioném zostało przez moje barwienia [2]).

Zanim przytoczę spostrzeżenia dowodzące istnienia pewnéj grupy nerwów w częściach przybrzeżnych, okażę, że zwyrodnienie przybrzeżne poczyna się rzeczywiście w nerwach, a więc że jest zwyrodnieniem miąższowém. Już pod małém powiększeniem widać ten brzeg zwyrodniały, słabiéj zabarwiony i jak gdyby zasiany drobnemi czerwonemi punkcikami. Poznaliśmy już te punkciki przy zwyrodnieniu wtórorzędném; wiemy, że odpowiadają one nabrzmiałym włóknom nerwowym (*Neurovaricosis*) i że są oznaką poczynającego się pierwotnego zwyrodnienia nerwów. Że te oznaki i w zwyrodnieniu przybrzeżném nie zawodzą, o tém pouczają nas silniejsze powiększenia. Nerwy zdrowe w sąsiedztwie umieszczone i safraniną zabarwione, mają, jak to już opisaliśmy, połysk perłowéj macicy i delikatne żyłki, które w zewnętrznéj części osłonki rdzennéj kolisto ją otaczają. Nerwy zaś na brzegu schorzałym są blade, bezbarwne lub zawierają tylko ślady żółtawo lub czerwonawo barwiącéj się istoty. Znajdują się one w stanie poczynającego zaniku. Pomiędzy niemi widać warykotyczne włókna, czerwone, o przekroju większym niż w nerwach prawidłowych, albo jako jednolita czerwona plama (*Neurovaricosis*), w któréj już nie można odróżnić osłonki od włókna osiowego, lub jako nabrzmiałe pierścienie (*Myelovaricosis*), w których środku niezabarwionym widać zdrowe włókno osiowe. Wiemy, że te warykotyczne zmiany w nerwach są początkiem ich zaniku. Obok tych zmian nie widać w częściach przybrzeżnych żadnych innych. Tkanka neuroglijowa jest prawidłową, zarówno jak i naczynia, a na obwodzie nie widać śladów jakiegoś zapalenia w oponach miękkich. Z tego okazuje się, że zwyrodnienie przybrzeżne jest chorobą samoistną nerwów przy brzegu położonych. Czy więc te nerwy pozostają do siebie w stosunku, któryby mógł wytłumaczyć ich wspólną chorobę? Odpowiedź brzmi twierdząco. Nerwy przybrzeżne bowiem tworzą razem wzięte część chromoleptyczną. Nie we wszystkich rdzeniach występują części chromoleptyczne jako pola grupujące się około istoty szaréj. Są rdzenie, w których barwienie safraniną lub błękitem metylowym, jak to w dawniejszych moich pracach [1]) wykazałem, wydało zupełnie inne wyniki. W tych przypadkach nie środkowe części barwią się silniéj niż reszta przekroju rdzenia, lecz przeciwnie ta reszta czyli części przybrzeżne silniéj aniżeli środek. Tak więc okazuje się w tych przypadkach obwód rdzenia częścią chromoleptyczną w przeciwieństwie do części środkowych, które w tych przypadkach nie są chromoleptycznemi.

III. Stwardnienie rozsiane i zwyrodnienie skombinowane. Z tego, co dopiero podałem, okazuje się, że części chromoleptyczne przybrzeżne mają to samo znaczenie, co środkowe i że to jest ta sama choroba, która zajmuje raz części środkowe, to znowu części przybrzeżne chromoleptyczne. Że to tak w rzeczywistości jest, za tem przemawiają dwie okoliczności:

1. Czy przybrzeżne czy też środkowe części chromoleptyczne chorują, zawsze równocześnie i sznury tylne ulegają zmianom wiądowi rdzenia właściwym.

2. Czy wraz ze sznurami tylnemi i obwodowy rąbek lub pola środkowo zanikają, zawsze jestto w ogólnych zarysach ten sam proces chorobowy co do obrazu klinicznego.

Połączenie wiądu rdzenia ze zwyrodnieniem przybrzeżném uważano jako chorobę skombinowaną, podczas gdy inną kombinacyję wiądu rdzenia do stwardnienia rozsianego zaliczano. Podziału tych dwóch postaci według tego, cośmy wyżéj mówili, nie można przeprowadzić, ponieważ obie choroby są tak klinicznie jak i morfologicznie te same, a jako takie należą do grupy stwardnienia rozsianego, jeżeli chcemy daléj téj niezbyt szczęśliwéj nazwy używać, albo do grupy zwyrodnień pierwotnych, jeżeli myślimy wziąć za podstawę dokładne i wiele wyjaśniające badanie drobnowidowe. (Dok. n.)

III. Kilka uwag o nowéj chorobie nazwanéj przez Senatora „ostrém, zakaźném zapaleniem różycowatém połyku"

podał

Dr. Ferdynand Obtułowicz,

c. k. lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

W przypadkach przezemnie i mych kolegów spostrzeganych rozpoznanie nie mogło być uzasadnionem przez odpowiedni wynik dokonanéj sekcyi zwłok, ale też, jak to wszystkim kolegom praktykującym w naszym kraju wiadomo, wykonanie obdukcyi na zwłokach izraelitów starowierców, leczonych po za szpitalem, jest rzeczą niemożebną; rozpoznanie zatém choroby może się jedynie opierać na ściśle uzasadnionéj analogii między przypadkami co dopiero opisanemi, a spostrzeżeniami skreślonemi przez Senatora i Landgrafa. Ponieważ sprawa chorobowa, głównie przez Senatora poruszona i pod względem klinicznym jeszcze należycie nie-

---

[1]) *Die Rückenmarkschwindsucht. Wien.* 1885. — [2]) *Neue Rückenmarkstinctionen, Sitzber. der Wien. Akad.*

[1]) *Neue Rückenmarkstinctionen.*

wyjaśniona, zainteresuje niewątpliwie szersze kółko czytelników nierozporządzających znaczną ilością czasopism lekarskich, przeto uważam za rzecz wcale niezbyteczną przytoczenie w możliwém streszczeniu wszystkich dotąd opisanych przypadków, które uzasadnić mają utworzenie nowéj kategoryi, objętéj wspólną nazwą: pierwotnego zapalenia połyku z charakterem zakaźnym i przebiegiem ostrym, a zazwyczaj zabójczym.

I. W dniu 28 września 1887 r. przyjęto na oddział chorób wewnętrznych w szpitalu Augusty w Berlinie 36-letniego robotnika, trudniącego się wierceniem metali (Krzysztofa Sch.). Chory okazuje się niespokojnym i nieco majaczy. Towarzysząca mu żona opowiada, że dawniéj nigdy cięższych chorób nie przebywał i na 2 tygodnie przed obecném zasłabnięciem cierpiał przez 1—2 dni na chrypkę, która ustąpiła po płukaniach za pomocą chloranu potasowego. Potém czuł się zupełnie zdrowym, jednakowoż przeprowadzając się z jednego mieszkania do innego w dniu 24 września zgrzał się bardzo mocno i w celu ochłodzenia się napił się piwa z lodu. Zaraz potém począł dostawać bólu gardła i trudności przy przełykaniu, mowa okazała się utrudnioną a głos chrypliwym. Dreszczów nie doznawał żadnych. W chwili przyjęcia do szpitala chory dobrze zbudowany, dość dobrze odżywiony, rzucał się niespokojnie w łóżku i uskarżał na bóle gardła, oraz na znaczną duszność. Po obu stronach szyi widać świeże ślady po przystawieniu pijawek, a cała okolica przodkowa szyi okazuje się lekko obrzmiałą, za naciskiem bolesną, zwłaszcza zaś po stronie lewéj. Gruczoły podszczękowe nie są wybitnie obrzękłemi. Błona śluzowa wyścielająca połyk oraz migdałki okazuje mocne zaczerwienienie, jednakowoż bez śladu jakiejkolwiek wypociny. Krtani nie udaje się zbadać żadną miarą za pomocą wziernika. W narządach wewnętrznych nie można wykryć żadnych wybitnych nieprawidłowości, w szczególności zaś nie można z pewnością wykazać obrzmienia śledziony, która okazuje się niemacalną. Ciepłota wynosi 39° C., tętno jest bardzo przyspieszoném. W oddechaniu widać pewne trudności. Choremu zalecono lodowe okłady na szyję i kawałeczki lodu do połykania. Noc przepędził chory dość spokojnie pod wpływem zastrzyknięcia morfinu; a i nazajutrz, w d. 29 września, oddech okazywał się swobodniejszym, a połykanie łatwiejszém. Błona śluzowa połyku jest ciągle mocno zaczerwienioną, a lewy migdałek za naciskiem okazuje się bolesnym. Mocz lekko zmętniały, zawiera dużo białka. Brak stolca od wczoraj. Po południu chory okazuje znów wielki niepokój, majaczenia wzmagają się, ciepłota ranna 38° C., wieczorem 38·8° C. W dniu 30 września już w nocy okazuje się chory bardzo niespokojnym, majaczył, i około 5 godziny z rana niemal nagle umarł. Senator nie mógł sobie jasnéj zdać sprawy z całéj tej choroby, widoczną tylko było rzeczą, że ma się z jakąś chorobą zakaźną do czynienia. Nie można było przypuszczać ani tyfusu, ani wysypek ostrych, ani błonicy, zapalenia opon mózgowych, ani téż rzadko przytrafiającéj się choroby szmaciarskiéj lub wąglika.

Oględziny pośmiertne wykonane przez Dra E. Grawitza wykazały: obrzmienie błony śluzowéj połyku, naciek ropny tkanki podśluzowéj po lewéj stronie szyi, począwszy od połyku na dół wzdłuż naczyń krwionośnych aż ku klatce piersiowéj. Nagłośnia i więzadła głosowe mocno obrzękłe, a na lewém więzadle głosowém wrzód odleżynowy, gładki i podługowaty. Gruczoły limfatyczne po obu stronach szyi obrzękłe, wielkości migdałów i zaczerwienione. Błona śluzowa wyścielająca gardziel blada i ostro odgraniczona od bardzo mocno zaczerwienionéj i zgrubiałéj błony śluzowéj żołądka, która jest mocno obrzękłą i zasianą drobnemi wybroczynami. Obrzmienie to posuwa się po za dwunastnicę do jelita czczego. Serce i zastawki jego prawidłowe, płuca rozdęte, śledziona i wątroba trochę powiększone, a nerki trochę powiększone i zmętniałe.

II. W 3 tygodnie po zrobieniu tego spostrzeżenia pojawił się drugi tego rodzaju przypadek, a mianowicie w dniu 30 październik 1887 roku przyjęto do szpitala Augusty 29-letniego kupca Wilhelma Br., który dawniéj żadnych ważniejszych chorób nie przebywał, nad miarę jednak lubił piwo. W d. 14 października uczestniczył w zabawie w gronie przyjaciół przez noc całą i przy téj sposobności jadł lody. Nazajutrz, tj. 15/X, spał do południa, następnie zjadł obfity objad i nie czuł żadnych dolegliwości, aż w nocy z 15 na 16 października począł doznawać bolów żołądka i nudności, poczém nastąpiły wymioty i biegunka. Zawezwany Dr. Strassmann rozpoznał zwykły ostry nieżyt żołądka. Z współbiesiadników chorego żaden nie zachorował. Nazajutrz pojawiły się znaczne dolegliwości przy połykaniu, jakotéż chrypka, podczas gdy biegunka i boleści w żołądku ustąpiły, zapewne po zastrzyknięciu morfinu i podaniu bizmutu wewnętrznie. Natomiast drugiego dnia choroby stwierdzić było można lekkie majaczenia. Trzeciego dnia choroby chory nie mógł zupełnie łykać i stracił głos zupełnie; czwartego dnia pojawiła się na nogach wysypka właściwego rodzaju, a stan ogólny był coraz gorszym. Skutkiem tego odstawiono chorego do szpitala Augusty w 5 dniu choroby, tj. 20 października, a badanie wówczas dokonane wykazało u mężczyzny dobrze zbudowanego, bardzo otyłego, znaczne osłabienie, lekką sinicę, bezgłos, a tętno ledwo wyczuwalne i oddech żebrowy mocno przyspieszony (52 na minutę). Lewa strona szyi okazywała się mocno obrzękłą i bolesną, za naciskiem jednak zaczerwienienia nie było. Przy popijaniu wody chory ściąga twarz boleśnie, dławi się i wśród krztuszenia się wraca płyn napowrót. Błona śluzowa połyku okazuje się zaczerwienioną, atoli bez śladu nalotu jakiegokolwiek. Migdałek lewy, badany za pomocą palca okazuje się bolesnym, ale chełbotania żadną miarą wyśledzić nie można. W narządach wewnętrznych nie wykazuje badanie żadnych uwagi godnych zboczeń, a śledziona nie okazuje się wybitnie powiększoną. Gruczoły nie są obrzękłe. Na obu udach widać rozlane zaczerwienienie z drobnemi guzeczkami, podobnemi do potówek. Ciepłota w południe wynosiła 39°C. Zalecono okłady lodowe na szyi i kawałeczki lodu do połykania, prócz tego zapowiedziano, że może trzeba będzie wykonać tracheotomiję. Chory jednak umarł nagle o godzinie 6 wieczór, przyczém ciepłota tuż przed śmiercią wzmogła się do 40°C. Moczu nie badano za życia, mocz zaś otrzymany po śmierci zawierał dużo białka, a nadto przybłonki z pęcherza, z miedniczek nerkowych i z nerek. Ze względu na wybitną analogiję, jaka zachodziła między poprzednim a niniejszym przypadkiem, Senator skłonił się do rozpoznania najprawdopodobniéj pierwotnego różycowatego zapalenia połyku. Obdukcyja wykonana przez Dra Grawitza i stwierdzona przez prof. Virchowa wykazała: zapalenie ropne połyku, zajmujące zarazem migdałek po stronie lewéj i rozszerzające się na krtań od strony lewéj ku prawéj; naciek ropny więzadła nalewkowo-nagłośniowego po stronie lewéj i najbliższego sąsiedztwa tegoż; mocne obrzmienie całéj okolicy głośni. Wrzody odleżynowe na obu więzadłach głosowych, obrzęk błony śluzowéj gardziela w całéj jego długości i pomarszczenie widoczne na błonie śluzowéj w kierunku podłużnym; obrzęknięcie błony śluzowéj żołądka, która w środku okazywała zabarwienie po-

dobne do barwy rdzenia pacierzowego, a w obwodzie była mocno zaczerwienioną, śledziona mocno powiększona, krucha; w nerkach zapalenie miąższowe, w miedniczkach nerkowych zapalenie z drobnemi wybroczynami.

Przypadki co dopiero opisane przypomniały Senatorowi i inne jeszcze podobne spostrzeżenia, których sobie dawniéj należycie wyjaśnić nie umiał. Z pomiędzy przypadków dawniéj już spostrzeganych przytacza S. w swéj rozprawie dwa jeszcze następujące spostrzeżenia:

III. R. wyrobnik, lat 53 liczący, zgłosił się w d. 11 listopada 1876 r. do szpitala Augusty. Śród przyjęcia opowiadał, że d. 3 listopada położył się do łóżka, a kilka dni przedtém czuł się już niezdrowym; w owym dniu jednak doznawał dreszczy, gorączki i nudności, krew mu się puszczała z nosa, a zarazem pojawiły się i bóle gardła. Badanie wykazało u mężczyzny dość dobrze zbudowanego i chudego lekkie zaczerwienienie błony śluzowéj połyku, plamy różowawe na brzuchu, lekki nieżyt oskrzelowy, ciepłotę wieczorną 39·2° C. i przyspieszenie tętna, które nie było dwubitnem; śledziona nie była powiększoną. Rozpoznawano tyfus brzuszny z lekkim przebiegiem. Ciepłota wahała się w dniach 12—15 listopada 1876 roku między 38·2°C., a 40·6°. W dniu 15 listopada po silnym dreszczu wzmogła się gorączka do 40°C. i bóle gardła zwiększyły się znacznie; mocz zawierał białko. W dniu 16 listopada ciepłota wynosiła z rana 39·4°C., wieczorem 40·°C., a dnia 17 listopada 40·3°C. i 40·6°C., z rana zaś 18 listopada nastąpiła śmierć. Dolegliwości przy połykaniu w ciągu dnia poprzedniego znacznie się zwiększyły, chory majaczył i niepokoił się bez przyczyny; badanie połyku wykazało tylko wybitne zaczerwienienie.

Obdukcyja wykazała obok zmian mniejszéj doniosłości: zaczerwienienie błony śluzowéj połyku w tkance podśluzowéj, nagłośnię i więzadła głosowe mocno obrzękłe szczególniéj po stronie prawéj i mocno zaczerwienione; zmętnienie obu nerek nieco powiększonych, zaczerwienienie błony śluzowéj żołądka powleczonéj śluzem krwawym. Dr. Orth rozpoznał wówczas jako główną przyczynę śmierci zapalenie różycowate połyku i krtani z przebiegiem i charakterem takim, jaki znajdujemy zazwyczaj przy ospie, wągliku, róży twarzy itd.

IV. Karol Th., lat 23, znalazł w d. 29 listopada 1883 r. przytułek w szpitalu Augusty. Przedtem był zawsze zdrowym i zachorował niespodziewanie w d. 25 listopada, doznając dreszczy, gorączki, bólów gardła, szczególnie zwiększających się przy połykaniu. Choroby syfilitycznéj nigdy nie przebywał. W dniu 30 listopada wykazało badanie u mężczyzny silnie zbudowanego i bardzo dobrze odżywionego mocne zaczerwienienie połyku, obrzmienie migdałków, szczególniéj po stronie lewéj; i mocne zbrzęknięcie języczka. Błona śluzowa nosa również wydaje się być mocno obrzękłą. Mowa nie jest ochrypłą lecz nosową, zadyszka niezbyt wielką; ciepłota 37·9—38°C. W dniu 1 grudnia po licznych skaryfikacyjach, dokonanych na migdałkach, zmniejszyły się nieco dolegliwości przy połykaniu i oddechaniu. Mocz lekko zmętniały zawiera trochę krwi, znaczną ilość białka, ciepłota 37°C. nie przekracza. Stan taki utrzymywał się do dnia 5 grudnia, w którymto dniu osłabienie zwiększyło się, a noc upłynęła bardzo niespokojnie. W d. 8 grudnia znów zwiększyło się osłabienie, mocz zawierał ciągle znaczną ilość białka, a chociaż ciepłota ciągle 38°C. nie przekraczała, upadek sił potęgował się coraz to bardziéj, aż w nocy 11 grudnia chory zmarł żaląc się na znaczną duszność i okazując sinicę. Jako leków używano w tym przypadku okładów lodowych, kawałeczków lodu do łykania, płukań i pędzlowań z *Kali hypermanganicum*, oraz podawano leki silnie podniecające (*Tra Castorei*) itd.

Oględziny pośmiertne, dokonane przez Dra Israela, wykazały prócz zmian mniejszéj wagi, powiększenie nieznaczne serca i rozszerzenie jam tegoż w stosunku do ścian nieco przerosłych; obrzęk płuc i świeży infarkt wielkości orzecha włoskiego w środkowym płacie po stronie prawéj; obrzęk głośni, migdałków, języczka i podniebienia miękkiego, tkankę podjęzykową nieco ropą naciekłą.

Jak zatem widzimy, we wszystkich przypadkach umyślnie nieco dokładniéj opisanych, miał prof. S. do czynienia ze sprawą chorobową, gorączkową i odznaczającą się przebiegiem ostrym, chociaż gorączka nie była zazwyczaj wygórowaną; do sprawy téj zaraz z początku przyłączały się trudności w połykaniu oraz oddechaniu, tj. większa lub mniejsza bolesność przy przełykaniu oraz chrypka i zadyszka, nadto majaczenia; w końcu po krótkim przebiegu choroby następowała śmierć, chociaż badanie lekarskie nie zdołało w ważnych dla życia narządach wewnętrznych wykazać uwagi godnych zboczeń chorobowych. Oględziny pośmiertne wykazywały rozlany naciek ropny w tkance podśluzowéj połyku, przesuwający się ztąd na krtań i na gruczoły, a wywołujący w dalszém następstwie i zmiany w innych jeszcze narządach. Osoby chorobą tą dotknięte były przedtém zupełnie zdrowe, a widocznéj przyczyny choroby nie można było wykazać.

Nie ulega żadnéj kwestyi, że przypadki tego rodzaju już nieraz zdarzały się w praktyce lekarskiéj, jednakowoż inaczéj sobie je tłumaczono i inaczéj nazywano; nawet w literaturze lekarskiéj napotkać można przypadki opisane pod nazwą: „pierwotnego ostrego obrzęku krtani", lub też „pierwotnego ostrego zapalenia różycowatego krtani", które niezawodnie należą do nowéj kategoryi nazwanéj przez Senatora „ostrém zakaźném zapaleniem różycowatém połyku". Przypadek opisany przez Cruveilhiera, w którym u 56-letniego pijaka, dawnego żołnierza, w 5 dniu choroby śmierć nastąpiła wśród objawów bólów gardła, chrypki, zadyszki i majaczeń, z pewnością także do téj kategoryi należy, zwłaszcza że sekcyja po śmierci wykazała również naciek ropny tkanki podśluzowéj otaczającéj połyk, nagłośnię i wejście do krtani. Przypadki opisane przez Sestiera, a szczególniéj przez Morella Mackenziego, który używa nazwy „zapalenie krtani połączone z obrzękiem, a okazujące przebieg z wybitnym torem", prawdopodobnie również tu znajdują właściwe swe miejsce.

Senator przypuszcza, że przyrzut chorobowy, bliżéj nieznany, może sobie jako punkt zaczepny obrać połyk, który z powodu przystępności i krzyżowania się dróg oddechowych z drogą przewodu pokarmowego słusznie nawać można przedsionkiem dla chorób i że właśnie w połyku na pozór zupełnie prawidłowym może rozwijać swą zakaźną i zabójczą działalność. Nie można również zaprzeczyć, że i krtań sama pierwotnie może służyć za punkt taki zaczepny, i że zdarzyć się może także pierwotne zakaźne różycowate zapalenie krtani, chociaż S. takiego spostrzeżenia jeszcze nie zauważył. Analogiję w tym względzie stanowią przypadki, w których motory zakaźne chorobowe wnikają w narządy daleko lepiéj od przyrzutów zabezpieczone, aniżeli połyk i krtań i wzniecają zapalenia i ropienia z cechą wybitnie zakaźną, a pod względem etyjologicznym należą dotąd do za-

gadek nierozwiązanych. Tak np. zdarzają się przypadki zapalenia ropnego opłucny z przebiegiem nader gwałtownym i wśród objawów tyfusowych szybko śmierć sprowadzają, a w przypadkach tych nie podobna wykryć pierwotnego ogniska choroby. Tutaj zaliczyć należy również przypadki pierwotnego ropnego zapalenia otrzewny, które zdarzają się bardzo rzadko, ale z pewnością stwierdzonemi zostały, a które powstają skutkiem wniknięcia przyrzutu chorobowego zakaźnego przez części rodne na pozór zupełnie prawidłowo ukształtowane. Ciężkie, zakaźne zapalenie pierwotne szpiku kostnego, zagadkowe przypadki pierwotnego różycowatego zapalenia żołądka bez przyczyny wybitnéj, a może i przypadki zapalenia wsierdzia z owrzodzeniami również do téj kategoryi chorób zakaźnych zaliczyćby można.

Z tego jednak działu stanowczo wykluczyć należy wszelkie zapalenia różycowate połyku wtórorzędne, następowe, jakie niejednokrotnie dołączają się do zapaleń lub owrzodzeń napotykanych na błonie śluzowéj połyku, np. w przebiegu błonicy, szkarlatyny, tyfusu, ospy itd., lub téż w przebiegu róży, na co szczególniéj Gerhardt i Fränkel w ostatnich czasach należytą uwagę zwrócili. W przypadkach tych mamy do czynienia już ze sprawą wtórorzędną, następową, podczas gdy przypadki przezemnie i przez Senatora opisane należą do działu zapaleń różycowatych pierwotnych, które ogarniają połyk, chociaż błona śluzowa tegoż żadnego skaleczenia ani innego rodzaju uszkodzenia nie okazuje.

Jeżeli opierając się na przebiegu klinicznym i wyniku oględzin pośmiertnych uznamy zapalenie różycowate połyku, jako pierwotne zakażenie, to towarzyszące mu zmiany w innych organach wewnętrznych łatwo wyjaśnić sobie potrafimy. Obrzmienie śledziony i zapalenie miąższowe nerek towarzyszy zazwyczaj ostrym chorobom zakaźnym.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Prof. Brieger (Berlin): **Przyczynek do wiadomości o przemianie materyi przez prątki cholery.**

Już w pierwszéj swojéj pracy o prątkach cholery (*Berl. klin. Woch.*, 1884) przypuszczał Koch, że zbiór objawów, uważany w cholerze jako następstwo utraty wody i zagęszczenia krwi, należy uważać za zatrucie, gdyż występuje i wtedy, gdy ustrój nie utracił dużo płynów przez wymioty i rozwolnienie. Przypuszczenie Kocha sprawdziło się niebawem, udało się bowiem wykazać, że prątki cholery wytwarzają istotę trującą; chemicznie można ją wykazać odczynem Poehl-Bujwida na t. z. czerwień cholery (opisaną w Przegl. Lek. Nr. 43 br. w sprawozd.), która zdaniem Briegera jest ciałem zbliżonem do indolu, powstającego we wszystkich cuchnących sprawach gnilnych. Obecnie podaje B. inne cechujące oddziaływanie dla prątków cholery, t. z. błękit cholery, który otrzymuje się przez działanie kwasu siarkowego na hodowle ich w żelatynie mięsnopeptonowéj; błękit ten daje w widmie smugi pochłonne w pierwszéj trzeciéj części zaciemniające płaszczyznę widmową za niemi leżącą. Oprócz wyżéj wymienionéj trucizny zabijającéj, zbliżonéj do indolu, udało się Briegerowi wykazać w hodowlach na drodze chemicznych badań i. inne istoty trujące. W niektórych hodowlach znajdował się już po 24 godzinach w znacznéj ilości kadaweryn, t. j. pentametylendiamin, im starsza hodowla, tém więcéj go było, putrescyn ($C_4H_{12}N_2$) znajdował się tylko w starszych hodowlach. Lecytyna zawarta w mięsie zostaje rozłożoną pod wpływem prątków cholery na części składowe, przyczém najwięcéj wytwarza się choliny. Bardzo długo opiera się działaniu prątków kreatyna, tylko nieznaczna jéj część zostaje dopiero w 6tym tygodniu zamienioną w istotę trującą (toksynę), mianowicie w metylguanidynę ($C_2H_7N_3$). Oprócz tych ciał otrzymał B. inną jeszcze istotę silnie trującą, zbliżoną bardzo do trimetylendiaminu, dającą się oznaczyć chemicznie $C_8H_8N_2$. Najsilniéj działają w cholerze kadaweryn i putrescyn, które nietylko sprowadzają niebezpieczne zmiany miejscowe w jelitach ale i we krwi, metylgwanidyn i nowoodkryta istota trująca o znaku chemicznym $C_8H_8N_2$ wywołują tylko silne kurcze i wypróżnienia krwawe. Szkodliwe działanie prątków cholery na ciałka krwi wykazał już dawniéj Koch doświadczeniami. (*Berl. klin. Wochensch.*, 1887, Nr. 45). *H. K.*

Biondi (Berlin): **Chorobotwórcze mikroorganizmy śliny.**

Ślinę 50 ludzi chorych i zdrowych wstrzykiwał B. podskórnie albo do jakiéj jamy ciała lub do naczynia królikom, świnkom morskim i myszom. Jeżeli zwierzę zginęło, wykonywał natychmiast sekcyję, poszukiwał pasorzytów we krwi i narządach, przeszczepiał jad otrzymany daléj i robił hodowle; w ten sposób udało się B. otrzymać i oddzielić 5 gatunków mikroorganizmów chorobotwórczych. 1) *Bacillus salivarius septicus* był najczęstszym, przedstawia on się jako prątek podwójny, ułożony w tkankach w łańcuchach lub kupkach. Najłatwiéj go otrzymać w ślinie nad ranem wziętéj. Zwierzęta giną w skutek wstrzyknięcia tegoż na ostrą posocznicę. 20 dni trzymany w odżywkach staje się mniéj niebezpiecznym. 2) *Coccus salivarius septicus* znaleziono tylko raz w ślinie u choréj gorączkującéj po połogu, można go łatwo wyhodować z krwi zwierząt, w któréj się rozmnaża w postaci kupek. 3) *Micrococcus tetragenes* znaleziono trzy razy; po wstrzyknięciu zawierającéj go śliny ginęły myszy w 4 lub 8 dni. We krwi zwierząt padłych znajdowano go w ogromnéj ilości. Jest on identyczny z kokiem nazwanym tak samo przez Kocha (z którego zakładu praca B. pochodzi) a otrzymanym w treści jam gruźliczych. 4) *Streptococcus septopyaemicus* trzy razy napotkany, identyczny z kokami róży i zapalenia macicy popołogowego. 5) *Staphylococcus salivarius pyogenes* pojawiający się bardzo często w ślinie, rozwija się bardzo szybko w ustroju zwierząt. W obec *bacillus salivarius septicus* okazały się odpornemi świnki morskie i psy, a w obec *micrococcus tetragenes* psy i króliki. (*Centralblatt f. Chir.*, 1887, Nr. 48). *H. K.*

Farmakologija.

Zimmermann (Darmstadt): **O leczeniu błonicy jodkiem i bromkiem potasu.**

Z. podaje korzystne wyniki, jakie otrzymał lecząc błonicę podczas bardzo ciężkiéj epidemii we Francyi wyłącznie jodkiem i bromkiem potasu. Z 184 przypadków w 112 zajęta była część gardła, błona śluzowa nosa i jamy ust, z tych w 11 wystąpiła błonica w postaci *angina maligna*, w 23 był wybitny dławiec krtani, tchawicy i oskrzeli jako następowy po zajęciu gardła, w 43 był pierwotny dławiec w narządach oddechania. Z 11 przypadków *angina maligna* leczył swoją metodą 9, z tych umarło 4, pięciu wyzdrowiało. Z 72 przypadków dławca wyzdrowiało 50, umarło 22, raz tylko wykonał tracheotomiję, chory po kilku godzinach umarł. Leczenie polegało na pędzlowaniu skóry na bocznéj i prze-

dniéj powierzchni szyi rozczynem złożonym z jodu w jodku i bromku potasu. Wynik miał być niespodziewany. Pędzluje się rozczynem tym co 2 lub co 3 godziny; jeżli jod drażni zbyt skórę na szyi, wciera się go na klatce piersiowéj a potém wraca się znowu do szyi, gdy zadrażnienie ustąpiło. Oprócz tego podawał w cięższych przypadkach jod i brom wewnętrznie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1887, Nr. 45). *H. K.*

Chirurgija.

Senger: **Badania nad etyjologiją raka.**

Rak jest prawdopodobnie chorobą zakaźną. Dowodzi tego wiele ważnych okoliczności, mianowicie szerzy się podobnie, jak flegmona, tj. drogą naczyń limfatycznych i tak samo tworzy przerzuty. Daléj zdarzają się przypadki, choć rzadkie, t. z. *carcinosis miliaris* w przebiegu i objawach tak podobne do gruźlicy prosówkowéj, że czasem dopiero pod mikroskopem można jednę chorobę od drugiéj odróżnić. Nakoniec dowodzą tego raki na odnogach u kominiarzy i t. p. U jednych bowiem powstają tam rozmaite sprawy zapalne skóry, u drugich sprawa nowotworowa; musi więc u ostatnich przybyć jeszcze działanie jakiegoś wpływu, który te sprawy dobrotliwe na nowotworowe zamienia. Jednakowoż przyczyną raka nie może być zwykły prątek, prątki bowiem dotąd znane mają własność wywoływania bujania tkanek, znajdujących się w miejscu ich rozwoju, żaden prątek jednak nie ma własności zamieniania jednych komórek na inne. Przyczyna raka musi mieć wpływ na komórki w okresie tworzenia się ich, w skutek czego powstają pod wpływem tego działania zawsze i w każdém miejscu tylko komórki przybłonkowe. To téż i prątek rakowy Scheuerlena nie jest przyczyną raka, a jak badania autora wykazały, jest to zwykły prątek ziemniaczany, który łatwo rośnie na ziemniakach i często się go na nich przypadkowo znajduje. (*Berl. kl. Woch.* 1888, Nr. 10). *Dr. Rościszewski.*

Landau: **Przyczynek do operacyi raka macicy.**

L. przytacza 7 przypadków wydobycia macicy przez pochwę metodą Richelota, polegającą na tém, że się nie zakłada żadnych podwiązek, lecz długie zasuwki, które się pozostawia przez 48 godzin, a następnie zdejmuje i daléj stosuje zwykłe w takich razach leczenie. Zaletą téj metody jest to, że operacyja trwa tylko 15 do 20 minut, chora traci mało krwi, nie ma obawy o krwotoki następowe i łatwo uniknąć obrażenia moczowodów. Nieprzyjemnemi są tylko silne bóle po operacyi, przeciw którym stosuje się silne dawki morfinu. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1888, Nr. 10).

Dr. Rościszewski.

Choroby uszne.

A. Eitelberg (Wiedeń): **Przypadek okresowo powracającego krwawienia z ucha przy nieprzedziurawionéj błonie bębenkowéj.**

Między objawami macinnicy napotyka lekarz niekiedy i krwawienie podczas miesiączkowania, które jednak nie pochodzi z macicy lub przynajmniéj nie wyłącznie z niej, lecz z innych miejsc ciała; takie krwawienia zwykliśmy nazywać zastępczemi. W obec tego, że narząd słuchu nie jest właśnie miejscem ulubionêm takich krwawień zastępczych, zasługuje na uwagę przypadek następujący. Niedokrewna, 37-letnia kobieta, przebyła przed 18 laty zapalenie ropne jamy bębenkowéj. Przy badaniu znaleźć można blizny i zwapnienia w obydwóch błonach bębenkowych. Od tego czasu chora często doznawała bólów głowy i szumu w uszach, słuch był przytępiony. Mimo, że bóle w prawém uchu częstsze i silniejsze wystąpiły, krwawienia okazywały się tylko z ucha lewego, zapowiadając się pewnemi zwiastunami, jak bólami i uczuciem ciepła w uchu lewém, czasem jednak niespodziewanie bez wszelkich zwiastunów. Krew wylewała się nieraz w ilości około łyżeczki, poczem zawsze bóle ustępowały. Z obszernie podanéj historyi choroby wynika wybitnie niewątpliwy związek między krwawieniami usznemi i miesiączkowaniem. W tym przypadku, równie jak w przypadku Stepanowa, nie można było spostrzedz krwotoku. Odbywa się on, według zdania Stepanowa, *per diapedesin.* W obec ścisłéj obserwacyi podejrzywanie choréj o udawanie było wykluczone. (*Intern. klin. Rundschau* 1888, Nr. 3 i 4).

Dr. R. Spira.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 5te z d. 7 marca 1888 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Obecnych członków 34.

1. Kol. Prezes zawiadamia, że prof. Madurowicz wręczył mu kwotę 100 złr. do jego dyspozycyi na cele Towarzystwa.

2. Tenże zawiadamia o prośbie Dra Merunowicza jako członka Komitetu V Zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie odbyć się mającego, aby członkowie Tow. lek. krak. wzięli jak najliczniejszy udział w pracach naukowych, a mianowicie wykładach i odczytach na Zjeździe lwowskim.

3. Otwarto dyskusyję nad wykładem prof. Rydla mianym na ostatniém posiedzeniu. W dyskusyi téj oprócz prelegenta brali udział koll. Paszkowski, Zaręba, Mars, Gluziński, Łazarski, Obaliński, Marcisiewicz i Prezes Tow.

4. Kol. Marcisiewicz przedstawił chorego, u którego prof. Rydel wykonał operacyję plastyczną z powodu niedomykalności powiek według sposobu Frickego. Skutek operacyi téj jest nader pomyślnym, gdyż powieka staje się coraz podobniejszą do prawidłowéj.

5. Tenże przedstawił chorą operowaną przez prof. Rydygiera z powodu nowotworu gruczołu łzowego. Nowotwór ten miał rozmiary prawidłowéj gałki ocznéj a przy badaniu drobnowidowém okazał się mięsakiem śluzakowym.

6. Kol. Krokiewicz okazał preparat anatomiczny z dziecka 3-letniego, zmarłego w szpitalu św. Ludwika, a mianowicie guz rozmiarów głowy dorosłego, który ważył do 5 kilogramów a znajdował się poza otrzewną w jamie brzusznéj, wychodził z gruczołów zaotrzewnowych, przyczém nerka lewa, a po téj stronie guz się znajdował, była utrzymana lecz uciśnięta i zanikająca. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie guza mięsakowe. Sekretarz *Dr. Schaitter.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Cholera w Europie od roku 1884 do 1887.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

Ostatnia epidemija cholery w Europie trwała od 1865 do 1874 r., prawie lat dziesięć. Od téj ostatniéj daty aż do r. 1884 Europa była wolną od zarazy. Lecz w r. 1883 ta plaga Indyj wschodnich ukazała się w Egipcie, gdzie w ciągu czterech miesięcy porwała do 40 tysięcy ofiar.

W dniu 13 czy 14 czerwca 1884 r. zaraza wybuchła w przystani wojennéj w Tulonie, przeniesiona prawdopodobnie przez okręty transportowe, powracające z Tonkinu i Kochinchiny, gdzie zaraza wtedy grasowała, bo przy dzisiejszych naszych wiadomościach o charakterze téj choroby nie podobna przypisać jéj powstania odżyciu ognisk zarodkowych, przygasłych we Francyi przeszło od lat dziesięciu.

W krótkim przeciągu czasu zaraza przerzuciła się z Tulonu do Marsylii, ztąd rozwlekła się na kilka departamentów

południowych i południowo-zachodnich. Nieco późniéj rozpromienianie się jéj postąpiło ku departamentowi Sekwany; sięgnęła do Fécamp i Yport nad kanałem La Manche, zajęła miasto Nantes i wyspę Noirmontier w Wandei, gdzie przetrwała aż do 10 stycznia 1885 r.

W roku 1885 ponowne ukazanie się cholery w Marsylii w końcu wiosny było prawdopodobnie tylko odnowieniem poprzedniéj epidemii. W r. 1886 Bretania a głównie Finisterre były polem rozwoju dla lekkiéj i szczęśliwie umiejscowionéj epidemii. Tento ostatni pojaw zarazy we Francyi został opłacony liczbą ofiar od 13—15 tysięcy.

W Algierze cholera, przeniesiona z Francyi, ukazuje się w Bonie i Fillipeville, w pobliżu miasta Algieru i pośród żołnierzy przybyłych z Francyi. We wrześniu wybuchła w Oranie, szerząc się w całéj téj prowincyi z umiarkowaną jednak siłą. W tymże samym czasie zaraza przerzuca się do Tunisu, gdzie podług wszelkich przypuszczeń przedostała się z Francyi lub Hiszpanii.

W Hiszpanii zaraza wybuchła w pierwszych dniach sierpnia 1884 r., najrzód w Alikante, późniéj na wybrzeżach Vinalpso — najprawdopodobniéj w skutek przerzucenia się zarazy z Marsylii lub innych południowych przystani francuzkich. W ciągu zimy 1884—1885 r., zamiast przygasnąć, nabiera charakteru bardziéj już nagminnego i z nową siłą wybucha w Guadarrama w prowincyi Walencyi, gdzie grasując przez 2 miesiące w końcu wiosny rozwleka się po całéj prawie Hiszpanii.

Tak tam, jak w ogóle we wszystkich innych punktach, zaraza w swém rozwlekaniu się posługuje się wielkiemi drogami komunikacyi, i stopniowo przenosi się do okolic, które dotąd pozostały od niéj wolnemi. W ten sposób w ciągu kilku miesięcy cały półwysep pyrenejski z wyjątkiem Portugalii spłaca straszny trybut, strata ofiar doszła do liczby 183 tysięcy.

We Włoszech zaraza ukazuje się w r. 1884, przeniesiona przez wychodźców włoskich, powracających z południowéj Francyi, lub przez osoby dotknięte już zarazą i powracające do swych osad, gdzie téż i cholera rozpoczęła grasować z największą siłą, mianowicie w miejscowościach położonych w części wschodniéj i południowéj półwyspu.

W początkach wiosny 1885 r., po chwilowém i prawdopodobnie niezupełnem wygaśnięciu, zaraza ponownie wybucha we Włoszech, naprzód w ogniskach rozrzuconych, późniéj skupiając się z coraz to większą energiją. Przypuszczając możność odżycia ognisk zakaźnych, prawdopodobniejszém być się zdaje, że i ta druga epidemija była również następstwem przerzucenia się zarazy z Francyi, gdzie cholera trwała bez przerwy, choć nie sprawiła znacznych strat. We wrześniu wybuchła w Sycylii i Palermie, dokąd także była przeniesioną z Francyi. Tam liczba ofiar przechodzi kilkanaście tysięcy.

W prowincyi weneckiéj cholera nie wygasłszy wcale z końcem r. 1885, w rozrzuconych punktach przetrwała całą zimę 1886 r.

Na początku stycznia zaraza ukazuje się w Brindisi i jego okolicach, i w ciągu całego 1886 r. szerzy się w prowincyjach wschodnich i południowych Włoch z większą daleko złośliwością aniżeli w latach poprzednich, głównie jednak grasując z największą siłą w prowincyi weneckiéj.

Ztąd zaraza przerzuca się do Tryjestu, i w krótce potém widzimy ją szerzącą się pośród mieszkańców wybrzeży austryjackich Adryjatyku. Z Tryjestu rozwlekła się na Istryję, wybrzeża węgierskie Dunaju i komitaty południowe Węgier. Lekkie jéj pojawy zauważano w Serbii, Bośnii i Bułgaryi. Jednakże i te przypadki cholery ustały tam w początkach 1887 r.; i odtąd Austryja, Węgry, poniósłszy stratę trzech tysięcy mieszkańców, pozostają wolnemi.

Inaczéj się rzecz miała we Włoszech, gdzie po raz czwarty widzimy cholerę wybuchającą w czerwcu i lipcu naprzód na wyspie Sycylii w Katanii, późniéj w całéj prowincyi téj nazwy, przenoszącą się następnie do Palerma i departamentu mesyńskiego, którego stolica była niedawno ogniskiem gwałtownéj epidemii. Nieco późniéj cholera zostaje zawleczoną na stały ląd włoski, mianowicie w okolice Neapolu i Rzymu. Wreszcie przedostaje się na Maltę.

Słabsza od poprzednich, z wyjątkiem w Katanii i Mesynie, ostatnia ta epidemija wywołała śmiertelność blisko pięć tysięcy osób w Sycylii, od kilkuset do tysiąca na lądzie; od pięciu do sześciuset ofiar na Malcie, pomimo, że tutaj zaraza dała się niejako umiejscowić, i charakter jéj nasilenia okazał się dość łagodnym.

Krótko mówiąc, Włochy łącznie z Sycyliją i Sardyniją, straciły w czterech po sobie następujących latach blisko pięćdziesiąt tysięcy osób, ciężki haracz, powiększony jeszcze zwłoką i trudnościami w stosunkach handlowych, wywołanych długiém trwaniem ostrożności sanitarnych, zastosowanych przez wszystkie kraje przeciwko żegludze włoskiéj.

Słowem ostatnia epidemija cholery w Europie kosztowała Francyję 15 tysięcy ofiar, w okresie czasu od 1884 do 1886 r.; Hiszpaniję 180 tysięcy od 1884—1885 r.; Austryję i Węgry 4 tysiące w 1886 r.; prawie 50 tysięcy Włochy i w 1887 r. pięćset osób Maltę; w przybliżeniu 250 tysięcy ofiar w Europie, czyli, epidemija porwała we Francyi jednego mieszkańca na 3 tysiące, we Włoszech jednego na 600; w Hiszpanii jednego na 100, w Austryi i Węgrzech jednego na 10 tysięcy mieszkańców. (Dok. n.).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 lutego do 3 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34·7. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z dławca i błonicy 0 (4 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z kiły 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 8 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 duru brzusznego (wszyscy obcy), 11 duru osutkowego (9 z aresztów miejskich, 1 z miasta, 1 ze wsi). W tygodniu od 19 do 25 lutego umarło z ospy: w Tarnowie 3, w Czerniowcach 1, w Warszawie 3, w Wiedniu 1, w Lublanie 11, w Tryjeście 5, w Pradze 9, w Budapeszcie 1, w Wiedniu 5, w Hamburgu 9, w Paryżu 14, w Londynie 18, w Petersburgu 15. Z płonicy umarło w Czerniowcach 2, w Wiedniu 5, w Tryjeście 2, w Pradze 2, w Londynie 32, w Kopenhadze 11, w Petersburgu 8. Z duru umarło we Lwowie, w Drohobyczu, Stanisławowie, Czerniowcach po 1; w Wiedniu 2, w Pradze 7. Z krztuśca umarło we Lwowie i Drohobyczu po 1, w Wiedniu 2, w Londynie 127. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie, Brodach, Kołomyi, Przemyślu, Tarnowie po 1, w Czerniowcach 2, w Wiedniu 7, w Pradze 8, w Berlinie 22, w Wrocławiu 9, w Lipsku 8, w Budapeszcie 13, w Paryżu 46, w Londynie 41, w Chrystyjanii 13, w Petersburgu 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,0; we Lwowie 34,2; w Brodach 10,1; w Drohobyczu 32,7; w Kołomyi 33,8; w Przemyślu 40,7; w Stanisławowie 22,4; w Tarnopolu 32,3; w Tarnowie 24,3; w Czerniowcach 35,7; w Warszawie 25,5; w Poznaniu 18,7; w Wiedniu 26,0; w Salcburgu 34,7; w Gracu 31,1; w Lublanie 52,8; w Tryjeście 33,9; w Insbruku 23,3; w Pradze 42,0; w Bernie 42,3; w Ołomuńcu 35,8; w Opawie 37,3; w Berlinie 18,0; we Wrocławiu 27,9; w Gdańsku 27,8; w Dreźnie 16,9; w Hamburgu 27,5; w Kolonii 25,7; w Królewcu 30,9; w Lipsku 20,4; w Mnichowie

26,9; w Strasburgu 27,8; w Amsterdamie 28,9; w Brukseli 29,0; w Budapeszcie 35,7; w Chrystyjanii 26,2; w Kopenhadze 19,8; w Londynie 21,6; w Odesie 23,1; w Paryżu 24,8; w Petersburgu 37,0; w Rzymie 30,6; w Stokholmie 26,9; w Tryjeście 31,7; w Wenecyi 29,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 marca. Komisyja redakcyjna Przeglądu Lekarskiego na ostatniém swém posiedzeniu zgodziła się jednomyślnie na zmianę zasady, według któréj wynagradzano dotychczas współpracownictwo; uznała bowiem za sprawiedliwszą skalę zapowiedzianą na czele dzisiejszego Nru, a która obowiązywać będzie od 1 kwietnia r. b. Równocześnie zniżyła prenumeratę w cesarstwie niemieckiém, a więc przeważnie dla W. Ks. Poznańskiego, z 16 na 14 marek rocznie.

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Z powodu zupełnego wyczerpnięcia nakładu „wzorów druku" Jaegera z tekstem polskim okuliści polscy znajdują się niezawodnie razem ze mną w niemałym kłopocie, ponieważ z wyjątkiem skali druków Gałęzowskiego, zresztą drogiéj, żadna inna nie ma tekstu polskiego. Kłopot ten nie jest bynajmniéj tylko chwilowym, gdyż według pewnych wiadomości zasięgniętych u nakładcy Seidla w Wiedniu nowego wydania „wzorów" Jaegera już nie będzie. Chcąc zaradzić potrzebie nawiązałem z prof. Snellenem w Utrechcie rokowania o wydanie jego „Optotypi" z tekstem polskim, a dotychczasowy przebieg tych rokowań uprawnia mnie do nadziei, iż pożądany skutek odniosą. W razie pomyślnym wprowadzenie u nas w użycie racyjonalnych Optotypów Snellena w miejsce empirycznych „wzorów" Jaegera wyszłoby na niewątpliwą korzyść ścisłego badania. Dzieląc się tą, jak sądzę, bardzo pożądaną wiadomością z kolegami zawodowymi proszę Ich niniejszém uprzejmie o zawiadomienie mnie w jak najkrótszym czasie za pomocą kartki korespondencyjnéj o ilości egzemplarzy „Optotypi" Snellena z tekstem polskim, jakąby na razie nabyć zamierzali, zapewnienie bowiem zbytu większéj ilości zapewniłoby rokowaniom skutek tem pewniejszy.

W interesie sprawy upraszam szan. redakcyje wszystkich czasopism lekarskich polskich o łaskawe powtórzenie niniejszéj odezwy.

Kraków 28 marca 1888 r. *Prof. Rydel.*

* Dnia 22 marca w sali Akademii Umiejętności odbyło się posiedzenie Komisyi balneologicznéj Tow. lek. krak., na którém docent Uniw. Dr. A. Mars miał odczyt „o użyciu wzierników kąpielowych"; dyskusyję nad tym przedmiotem odłożywszy do następnego posiedzenia, Komisyja uchwaliła potém zarządzenie kroków wstępnych dla zwołania Zjazdu balneologicznego polskiego w Krakowie w końcu roku bieżącego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dep. Roser i towarzysze wnieśli interpelacyję, dla czego dotąd przy Wydziale lek. wiedeńskim nie urządzono zakładu dentystycznego. — **Budapeszt.** Na posadę profesora kliniki lekarskiéj przedstawiono 7u kandydatów, a mianowicie Bokaia, Jendrassika, Ketlego, Müllera, Purjesza, Stillera i Takacsa, z pośród których przez tajne głosowanie terno ma być wybrane. — **Kazań.** Dr. Szczepotiew habilitował się jako docent epidemijologii.

* **Nekrologija.** Umarli: w Monachijum tajny radca prof. Franciszek Ksawery Gietl, od r. 1838 profesor kliniki lekarskiéj tamże; w Lipsku docent ortopedyi Dr. Karol Schildbach; w Paryżu prof. Hipolit Blot i Dr. Martineau; w Marsylii lekarz marynarki Dr. Berthe w skutek ukąszenia przez psa wściekłego (okres wylęgania tym razem trwał 3 miesiące a chory nie chciał poddać się leczeniu Pasteurowskiemu).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Puławskiego: Niedokształcenie kilku żeber, jako przyczyna rzadkiéj nieprawidłowości w budowie klatki piersiowéj; Zawiszy: Kilka uwag o leczeniu dusznicy oskrzelowéj samoistnéj; Chełchowskiego: W sprawie osłuchiwania szeptu. — W *Medycynie* Nr. 12: Stępniewskiego: Sprawa ospowa u nas od najdawniejszych czasów po r. 1888; Majkowskiego: Sprawozdanie z praktyki w Busku w r. 1887. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 3: Kępińskiego: Zapalenie łącznicy (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 4 kwietnia **w sali Akademii Umiejętności** o godzinie 6éj posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Jaworski przedstawi nowy przyrząd aspiracyjny Dra Czyrniańskiego i okaże preparaty mikroskopijne treści żołądka. 2) kol. Gross będzie miał zapowiedziany poprzednio wykład.

* Dla wdowy po śp. Drze Lisowskim nadesłał Dr. Barzycki z Rzeszowa 5 złr., Dr. Wurst z Kałusza 2 złr. Dr. NN. z S. 2 złr., Dr. NN. z Krakowa 3 złr. Razem 12 złr.

Dla prenumerujących dodatek dołącza się: Dodatek Nr. III.

Do Nru dzisiejszego dołącza się okólnik Aleksandra Mańkowskiego, Aptekarza w Przemyślu i Sieniawie.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.